

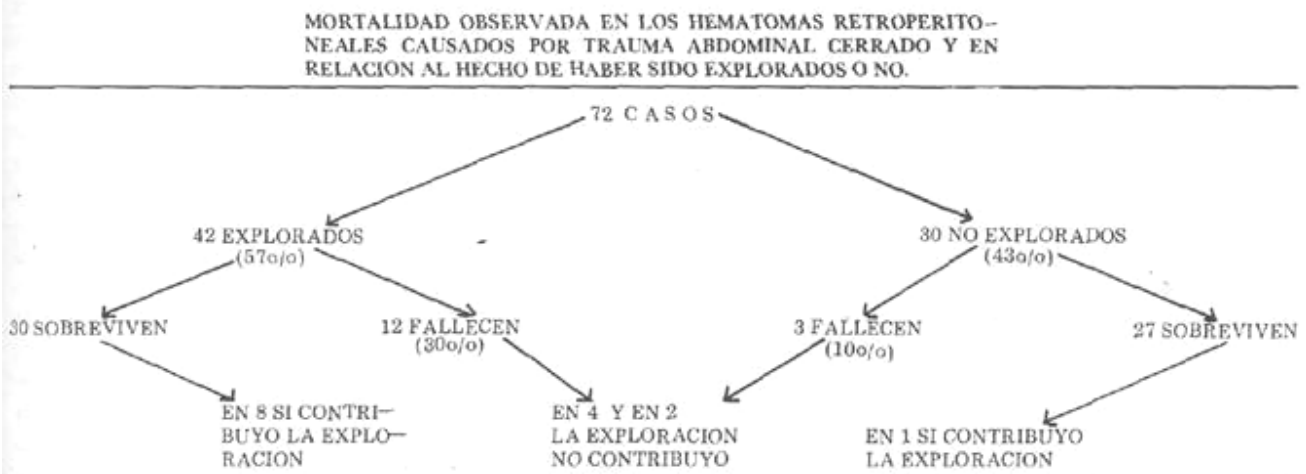
# MANEJO DE LOS HEMATOMAS RETROPERITONEALES TRAUMÁTICOS

Por Los Drs. Nicolás Urbina\*\*, Jorge Luis Deras\*\*\* y Alejandro Membreno Padilla\*\*\*\*

Cada vez que un Cirujano General explora un abdomen traumático, ya sea cerrado o abierto, y se encuentra —para su sorpresa, o en realidad esperándolo— con un "hematoma retroperitoneal" (incluyendo en este término aquellos "hematomas" que son ante todo "properitoneales", a nivel de la cavidad pélvica) él se enfrenta a una de las decisiones más difíciles de tomar, es decir: si explorar o no ese "hematoma". La realidad es que este tema ha sido, lo es y probablemente seguirá siendo controversial, ya que siempre se ha dicho que la mayoría de estos "hematomas" es mejor no explorarlos —especialmente si el peritoneo pa-

rietial o pélvico está intacto puesto que si se hace podría resultar peor para el paciente al provocársele una complicación y atrogénica indeseada, y aún hasta podría resultar siendo una decisión fatal. Por otro lado, siempre continúan apareciendo aquellos casos de pacientes que llegaron inicialmente con uno de estos "hematomas", el cual no es explorado, evolucionan bien y se les da de alta, pero cierto tiempo después regresan con una fístula arteriovenosa, lo cual en retrospecto claramente nos dice que la decisión que se tomó— de no explorar el hematoma— fue equivocada.

Fig. No. 1



ADAPTADA DEL ESTUDIO DE CONOLLY (7)

- \* Trabajo presentado en el XXVI Congreso Médico Nacional, celebrado en Tegucigalpa, Febrero, 1983.
- \*\* Ex Residente de Tercer Año del Programa de Residencias en Cirugía General.
- \*\*\* Actual Jefe de Residentes del Programa de Residencias en Cirugía General.
- \*\*\*\* Cirujano General de Guardias, Jefe de Sala y Profesor de Cirugía del Hospital-Escuela de Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Al revisar la bibliografía norteamericana sobre este tema encontramos pocas referencias (1,2,3,4,5,6) las que, al final de cuentas, no aclaran en forma precisa esta "controversia", ni dan verdaderas pautas clínico-terapéuticas que sirvan de guía, o por lo menos de orientación, en relación al manejo de

este tipo de hematomas. Por otro lado, pocos autores (7, 8) han tratado de esbozar las posibles indicaciones para explorarlos, lo cual podría ayudarnos a tomar esa decisión. Recientemente, el Dr. Walt (9, 10) clarificó este tema enfatizando sobre ciertos conceptos básicos en relación al manejo de estos hematomas, dejando establecidas—según su criterio—las bases clínicas y operatorias que —en su opinión— nos pueden ayudar a decidir si explorar o no un "hematoma retro o preperitoneal traumático". Sin embargo, solamente encontramos un trabajo retrospectivo (7) que analizó, más o menos detalladamente (Fig.1), la evolución de un grupo de pacientes con trauma abdominal cerrado y con este tipo de hematomas, según si se tomó o no la decisión de explorarlos. Es por ésta razón que a continuación se analizan un grupo de 50 pacientes que presentaron dicho tipo de hematomas en nuestro hospital, haciendo énfasis en el hecho de que si la decisión de explorarlos o no afectó la evolución de los pacientes, ya sea favorablemente o desfavorablemente.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron todos los expedientes de pacientes que egresaron del Bloque Médico-Quirúrgico del Hospital-Escuela de Tegucigalpa, Honduras, C.A. —entre abril de 1979 y diciembre de 1982— con el diagnóstico de "Trauma Abdominal", en busca de aquellos casos en los que se anotó, en la hoja de epicrisis, el hecho de que en la laparotomía exploradora se encontró uno o más "hematomas retro o preperitoneales", encontrándose un total de 50 casos en los que definitivamente se demostró —luego de una exhaustiva revisión y análisis de la hoja de descripción operatoria— que tuvieron este tipo de hematomas. Hecho esto, nuevamente se revisaron las descripciones operatorias de cada uno de los 50 casos para determinar la o las localizaciones de él o los hematomas encontrados, así como si se le(s) exploró o no, para luego revisar cada uno de los casos en que si hubo exploración con el objeto de anotar él o los hallazgos relacionados con ella. A continuación se revisaron las notas de progreso de cada uno de los expedientes para analizar la evolución intra-hospitalaria, así como las notas de consulta externa para analizar la evolución después del alta, con el objeto de ver como evolucionaron todos los casos, haciendo énfasis en la morbimortalidad postoperatorias.

#### RESULTADOS

En primer lugar hay que recalcar que de los 50 casos de hematomas retroperitoneales encontrados, 34 (Tabla No. 1) fueron causados por heridas pen-

TABLA No. 1  
INCIDENCIA DE LOS HEMATOMAS RETROPERITONEALES SEGUN EL TIPO DE TRAUMA ABDOMINAL

TIPOS DE LESIONES	PORCENTAJES			
	No. Pacientes	Número Hematomas	del No. de Pacientes	Del total de H. R. P. S.
1. Heridas penetrantes por arma de fuego.	427	34	8.7o/o	68o/o
2. Heridas penetrantes por arma blanca.	111	12	11o6o	24o/o
3. Trauma abdominal cerrado.	36	4	11o/o	8o/o
TOTALES:	574	50	9o/o	100o/o

trantes de abdomen por arma de fuego, lo que representa un 68% del número total de casos de hematomas encontrados pero solamente un 8.7% del número de casos de heridas penetrantes por arma de fuego, que fue de 427; en segundo lugar, número mucho menor de 12 fueron causados por heridas penetrantes de abdomen por arma blanca, lo que representó un 24% del número total de casos de hematomas encontrados y solo más o menos un 11% del número de casos de heridas penetrantes de abdomen por arma blanca, que fue de 111; y en tercer lugar, únicamente 4 fueron causados por trauma abdominal cerrado, lo que significó únicamente casi un 8% del número total de hematomas encontrados y un 11% del número de casos de trauma abdominal cerrado, que fue de 36. La incidencia global de este tipo de hematomas —es decir 50— en relación al número total de casos de trauma abdominal revisados —que fue de 574— dio un porcentaje realmente bajo de menos del 9o/o.

Por otro lado, al revisar las descripciones operatorias de los 50 casos (Tabla No. 2) nos encontramos con que 29 de ellas —es decir un 58o/o— estaban localizados en una de las "correderas parietocólicas", por lo que se les dio ese nombre para identificarlos con aquellos que Walt (9) llama "de los flancos"; otros 13 — es decir un 26% — estaban

TABLA No. 2

TIPOS E INCIDENCIA DE LOS HEMATOMAS RETROPERITONEALES SEGUN SU LOCALIZACION ANATOMICA.		
AREAS ANATOMICAS	No. Pacientes	Porcentajes
Correderas parieto-cólicas	29	58o/o
Región Duodenal	13	26o/o
Trascavidad de los Epiplones	5	10o/o
Varias Regiones	3	6o/o
TOTALES:	50	100o/o

situados en el área retroperitoneal vecina al duodeno, por lo que se les dio el nombre de "periduodenales", como también los llaman algunos otros autores (3,4,6,7,8); apenas 5 es decir solamente un 10%— fueron localizados en el área de la "tras-cavidad de los epiplones", por lo que se les dio ese nombre y podrían identificarse con los que algunos autores (3,6,7,8) llaman "peripancreáticos"; y finalmente 3 de ellos —es decir solo un 60%— fueron catalogados como "mixtos", ya que existían dos o más hematomas localizados en diferentes áreas.

Nos llamó la atención el hecho de que no encontramos ningún hematoma "pélvico", lo que no sabemos si fue por coincidencia o por el hecho de que en nuestro hospital estamos, o hemos estado, evitando laparatomizar aquellos casos de pacientes con fracturas pélvicas —aún ante la sospecha de un "trauma abdominal cerrado"— mediante el uso bien orientado del lavado peritoneal diagnóstico. También conviene aclarar que no encontramos ningún caso de las localizaciones "subfrénicas" no "central", como las llama el Dr. Walt (9).

Ahora bien, de los 29 hematomas "perietocólicos" encontrados únicamente 6 no fueron explorados, pero todos ellos evolucionaron satisfactoriamente. Los restantes 23 —es decir casi el 80% del total de ellos— fueron explorados, pero 18 (78%) de esas exploraciones resultaron negativas. Aunque 4 de estos casos evolucionaron mal, probablemente porque la exploración fue contaminante en 3 e incompleta en uno, la mayoría de ellos —es decir 14 de 18— evolucionaron bien. Por otro lado, solamente en 5 de los 23 casos en los que los hematomas fueron explorados la misma resultó positiva, teniendo 2 de estos casos una buena evolución después de ser intervenidos, pero en los otros 3 casos la evolución post-operatoria fue mala ya que

uno hizo un absceso pélvico y los otros 2 pacientes fallecieron por múltiples complicaciones, como resultado de heridas de intestino delgado y/o colon asociadas que contaminaron el retroperitoneo y llevaron a sepsis. En resumen, se puede decir que de los 29 casos de "hematomas parietocólicos" solamente en 3— es decir en apenas un 13% del total de ellos— estuvo verdaderamente justificada la exploración, y que la mortalidad fue de menos del 7% (2 de 29 casos) en este grupo.

De los 13 hematomas "periduodenales" encontrados, solamente 3 no fueron explorados pero de ellos 2 murieron y uno hizo una fístula duodenal, lo cual demuestra claramente que la decisión tomada —de no explorarlos— fue equivocada. Los restantes 10 casos, es decir casi el 77% del total de este tipo de hematomas, fueron explorados y 7 de esas exploraciones resultaron positivas y a la vez gratificantes, pero en los otros 3 casos la exploración resultó negativa lo cual sin embargo no influyó desfavorablemente en la evolución postoperatoria de ellos. En resumen, se puede decir que en todos los casos de "hematomas periduodenales" la exploración estuvo verdaderamente justificada pero que, aún así, la mortalidad fue alta, de casi un 15% (2 de 13 casos) en este grupo.

Los 5 hematomas "de la trascavidad de los epiplones" encontrados fueron explorados y todos ellos evolucionaron satisfactoriamente. En 3 de ellos la exploración fue negativa. En los otros 2 casos fue positiva, pero en ambos solo se logró detectar sangrado mínimo y no importante de los vasos peripancreáticos. En resumen, se puede decir que en los 5 casos de este tipo de "hematomas de la tras-cavidad de los epiplones" —llamados por otros "peripancreáticos"— la exploración no estuvo verdaderamente indicada y/o justificada, y que no hubo mortalidad en este grupo.

Finalmente, los 3 hematomas "mixtos" encontrados también fueron explorados, resultando la exploración positiva y a la vez gratificante en todos ellos, lo que influyó favorablemente en la buena evolución postoperatoria de los tres pacientes. En resumen, se puede decir que la exploración estuvo verdaderamente indicada y/o justificada en los "hematomas mixtos", y que tampoco hubo mortalidad en este grupo.

Al analizar globalmente los 50 casos encontrados que 41 de estos hematomas retroperitoneales fueron explorados, es decir el 82% de ellos; pero 24 de estas exploraciones resultaron negativas —lo que representa poco más del 58%— y 17 resultaron positivas, es decir un poco más del 41o/o. Por otro lado, de los 41 casos explorados solamente 8 de ellos evolucionaron mal, es decir apenas un poco más del 19%. Además, de estos casos solamente fallecieron 2 del grupo de los "parietocólicos" y en ellos probable y/o supuestamente la exploración fue factor determinante en la muerte, aunque esto fue difícil de determinar y a la vez imposible de evitar, ya que la exploración estuvo indicada ante la sospecha y/o evidencia de lesiones colónicas asociadas. Los otros 2 pacientes que fallecieron eran del grupo de los hematomas llamados "periduodenales" y en ellos, también probable y/o supuestamente, el hecho de no explorar esos hematomas influyó en la evolución desfavorable y desenlace fatal de los dos pacientes. En total, la mortalidad global fue de solo 4 casos de 50, es decir apenas un 8%.

#### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En primer lugar, debemos aclarar que para una mejor aceptación de nuestro estudio se comenzó por establecer las diferenciaciones etimológicas entre los términos: "equimosis", "equimoma" y "hematoma" (11, 12, 13), para poder así entender lo que es en realidad un verdadero "hematoma" y no incluir en la revisión aquellos casos en los que se decía haber encontrado un "hematoma retroperitoneal", cuando en realidad lo que se demostró que existía era o una equimosis o un equimoma. La realidad es que, en nuestra opinión, posiblemente mucha de la controversia que ha existido, acerca de manejo de estos hematomas, se deba al hecho de confundir a las equimosis y los equimomas con lo que realmente son los hematomas.

En segundo lugar, también conviene aclarar que en nuestro estudio —así como en la revisión bibliográfica hecha— casi todos los hematomas llamados "parietocólicos y periduodenales" fueron—y son—explorados ante todo para investigar y/o descartar una posible, sospechada o evidente, lesión visceral {de duodeno o colon) asociada y no para buscar

el o los vasos causantes del hematoma, lo cual viene a elevar el número de exploraciones. Otra realidad es que, también en nuestra opinión, este hecho ha contribuido a la controversia ya que muchos cirujanos, cuando dicen que no exploran la mayor parte de los hematomas retroperitoneales no incluyen a estos dos tipos de hematomas (parietocólicos y periduodenales) porque, según ellos, al hacerlo no están explorando el hematoma en si sino que el área traumatizada para buscar y/o descartar lesiones viscerales asociadas.

En tercer lugar, debemos agregar que talvez lo más controversial en el manejo de los hematomas retro-peritoneales sea el hecho de si el peritoneo parietal posterior está o no lesionado, ya que la mayor parte de los cirujanos (2,3,6,8,10) creen que no se debe explorar este tipo de hematomas si dicha hoja peritoneal no está lesionada y si no hay lesiones asociadas. Es también una realidad el hecho de que controversial concepto puede ser un arma de dos filos, ya que si solamente tomamos esto en consideración para tomar la decisión de explorar o no el hematoma, ello podría llevarnos a la decisión equivocada.

Finalmente, hay que aclarar que en las localizaciones parietocólicas no existen grandes vasos importantes —a excepción de los renales— que podrían ser lesionados, y por lo tanto raramente se encontrarán verdaderos hematomas que tengan que ser explorados únicamente para hacer hemostasia. Realmente estos hematomas solo deben ser explorados cuando se sospeche, o sea evidente, una lesión asociada de colon.

Hechas estas aclaraciones, creemos que en base a nuestro estudio las "indicaciones reales" para "explorar" los "hematomas retroperitoneales" se resumen, en forma clara y precisa —así como práctica— en la Tabla No. 3.

#### CONCLUSIONES

En base al análisis de la revisión de la bibliografía encontrada y de la terminología adoptada, así como también en base al análisis de los resultados obtenidos de nuestro estudio retrospectivo, se puede concluir lo siguiente en relación al manejo intra-operatorio de los hematomas retroperitoneales, y

TABLA No. 3

## INDICACIONES PARA LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS HEMATOMAS RETROPERI-TONEALES.

A) ABSOLUTAS

1. Posible lesión visceral asociada.
2. Aumento visible y/o evidente del tamaño.
3. Evidente y/o franca pulsatilidad.

B) RELATIVAS

4. Posible lesión vascular asociada
5. Localización del hematoma.

C) CONTROVERSIALES

6. Peritoneo parietal posterior intacto.
7. Fractura pélvica asociada.

Modificadas de las de los Drs. Conolly (7) y Walt (9)

en especial en relación a las indicaciones para explorarlos: "los hematomas retroperitoneales deben ser explorados si existe por lo menos una de las indicaciones absolutas anotadas para exploración; en caso contrario ésta decisión debe basarse en la localización de el o los hematomas, esté o no lesionado el peritoneo parietal posterior y sea cual sea su causa" (Tabla No. 4).

Por otro lado conviene aclarar que en base al análisis de la bibliografía revisada— en especial al estudio de Conolly (7)— y también según nuestro criterio, los hematomas retro o preperitoneales "pélvicos" no deben ser explorados a menos que exista evidentemente una o más lesiones viscerales asociadas, o que este haya sido producido por una herida (anterior, penetrante de abdomen, o posterior, no necesariamente penetrante de abdomen) por arma de fuego o por arma blanca, que podría haber causado una lesión arterial y/o venosa importante (en los vasos ilíacos) que podría dejar como secuela una fístula arterio-venosa.

Finalmente, y como lo dice el Dr. Walt(9) también hay que aclarar que aquellos hematomas retroperi-

TABLA No. 4

## INDICACIONES PARA LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS HEMATOMAS RETROPERI-TONEALES SEGÚN SU LOCALIZACIÓN.

A) DEBEN SER SIEMPRE EXPLORADOS:

1. Los periduodenales.

B) DEBEN SER OCASIONALMENTE EXPLORAD

2. Los parietocólicos
3. Los peripancreáticos
4. Los subfrénicos
5. Los centrales.

C) DEBEN SER RARAMENTE EXPLORADOS:

6. Los pélvicos.

toneales "subfrénicos", en especial los derechos, y los "centrales" únicamente deben ser explorados si el o los cirujanos han demostrado preoperatoriamente —por medio de arteriografías— lesiones vasculares importantes asociadas (de vena cava inferior o aorta abdominal) y van preparados para cirugía vascular especializada, ya que si estos requisitos no se cumplen es preferible no explorar este tipo de hematomas sino que dejarlos intactos con la esperanza de que el mismo hematoma, por taponamiento, detenga el sangrado.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Baylís S-M, Lansing E.H. and Glass W.W. "Trauma-tic retroperitonela hematoma"; Am. jour. Surg., 103: 477, 1962
2. Stone H.H.: in discusión of "Genitourinary injuries"; Ann Surg., 189:722, 1979.
3. Anderson Ch. and Ballinger W.: "Retroperitoneal Hematoma" in Abdominal Lesions; Traumatology, 2nd. Edition, Interamerican, 1977.
- 4- Shires G.T.: "Hematoma Retroperitoneal" en Traumatismos de abdomen; Patología Quirúrgica de Schwartz, La Prensa Médica Mejicana, 1981.
5. Ochsner J.L., Crawford E.S. and DeBakey M.E.: "Injuries of the vena cava caused by external trauma"; Surgery, 49:397, 1961.
- 6- Orloff M.J. and Charters A.C.: "Hematoma retroperitoneal"; Surg. Clin. N.A., 52: 732, 1972.
7. Alien RE.; Eastman B.A., Halter B.L. and Conolly W.B : "Retroperitoneal Hemorrhage Secondary to blunt trauma"; Am. Journ. Surg., 118:558, 1969.
8. Freeark R.J.: "Hematoma Retroperitoneal" en Traumatismos no penetrantes del torso; Clin. Quirurg. N.A.,Pag. 1324, 1977.
9. Walt A.J.: "The problem of the retroperitoneal hematoma" in Trauma; 45th Annual Course in Surgery, Page 105, University of Minnesota, 1981.
10. Walt A.J.: "The broad implications of pelvic fractures in Trauma; 45th Annual Course in Surgery, Page 95, University of Minnesota, 1981.
11. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 1965.
12. Robbins: Tratado de Patología, 1968.
13. Rhoads y Allen: Principios y Práctica de Cirugía, 1972